
CONTRIBUTION A L'HISTOIRE

DES SARCOMES

DE LA

PAROI ANTÉRIEURE DU TRONC

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 31 Juillet 1894

PAR

Edouard CREUTZER*Né le 11 Octobre 1839, à Erstein (Bas-Rhin).*

Examineurs: { MM. GROSS, président.
HEYDENREICH, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND

Passage du Casino

1894

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE
DES SARCOMES

DE LA

PAROI ANTÉRIEURE DU TRONC

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 31 Juillet 1894

PAR

Edouard CREUTZER

Né le 11 Octobre 1839, à Erstein (Bas-Rhin).

Examineurs: { MM. GROSS, président.
HEYDENREICH, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND
Passage du Casino

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q. COZE *, I Q.

V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q, HECHT *, I Q, BEAUNIS *, I Q.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I Q, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.
Histologie.....	M. PRENANT, agrégé, chargé du cours.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A Q, agrégé, chargé du cours.
Physiologie.....	M. RENÉ, A Q, agrégé, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. N.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A Q, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A Q, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A Q, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A Q.
RENÉ, A Q.
VAUTRIN A Q.

MM. SIMON, A Q.
REMY, A Q.
P. PARISOT, A Q.

MM. HAUSHALTER.
FÉVRIER.
PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I Q, ROHMER, A Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE
MADEMOISELLE JULIE MARIATTE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MES MAITRES

De la Faculté de Nancy

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le professeur Gross un cas de sarcome de la paroi antérieure du tronc ; la rareté de cette affection, en même temps que son intérêt clinique et thérapeutique, nous ont engagé à faire notre thèse inaugurale sur ce sujet.

A ce propos nous avons parcouru les publications assez nombreuses, qui étaient à notre disposition, mais malgré nos recherches patientes, nous n'avons pu recueillir qu'un nombre extrêmement restreint d'observations.

Cette rareté a déjà été constatée par notre maître pour les tumeurs de la région postérieure du tronc. Dans son travail sur les sarcomes des parties molles de la région dorso-lombaire, M. le professeur Gross (1) n'a pu réunir que neuf cas bien avérés, et la plupart de ces observations étaient dues à Billroth.

Il en est de même pour la région antérieure. Si nous éliminons les tumeurs ayant pris naissance dans le squelette de la région, les osteo-sarcomes des côtes du

(1) Les tumeurs sarcomateuses des parties molles de la région dorso-lombaire. *Revue médicale de l'Est*, 1875, p. 82.

sternum, et celles des muscles de la paroi abdominale antérieure, véritable lieu d'élection pour les fibromes et les fibro-sarcomes, comme l'ont démontré M. Léon Labbé (1), et plus récemment M. le professeur Gross (2), nous ne trouvons qu'un nombre extrêmement restreint de tumeurs sarcomateuses des parties molles de la paroi antérieure du tronc. Il en est, parmi ces tumeurs, qui sont des manifestations secondaires, métastatiques, développées en un point quelconque de la surface du corps et appartenant à l'histoire de la *sarcomatose* généralisée. Nous n'en parlerons pas ici, nous n'envisagerons que les tumeurs sarcomateuses primitives.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Gross, et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et pour les encouragements qu'il n'a cessé de nous donner depuis nos débuts dans les études et la carrière médicales.

Nous tenons aussi à rendre ici un public hommage aux Maîtres et en particulier à M. le professeur V. Parisot, qui ont bien voulu, dans les hôpitaux et à la Faculté, nous prodiguer leurs leçons et leurs conseils.

(1) Labbé et Remy. — *Traité des fibromes de la paroi abdominale*, Paris, 1888.

(2) *Revue médicale de l'Est*, 1893. N° 22 et suivants.

OBSERVATIONS

Quelque observations sont simplement mentionnées dans les comptes-rendus cliniques, telles les observations de Waitz, de Körte, de Lieven, de Riedel, de Hochenegg, d'autres sont résumées, telles les observations de Billroth, enfin nous pouvons donner in-extenso deux observations :

OBSERVATION I

WAITZ : Die Chirurgische Klinik des Geh. Rath, prof. Dr Esmarch an der Klin. Universität zu Kiel 1893, in. *Arch. f. Klin Chirurgie*, tome XXI, 1877, p. 627.

Waitz cite l'exemple d'un homme de 56 ans, qui portait une tumeur sarcomateuse du thorax. La tumeur datait de 7 ans, elle était ulcérée à la suite d'une chute quatre ans plus tard. Elle était divisée en 2 lobes et du volume de deux poings. Esmarch extirpa le néoplasme ; n'ayant pu réunir le plan aponévrotique, la guérison eut lieu par seconde intention.

OBSERVATION II

RIEDINGER : Verletzungen und chir. Krankh. des Thorax; *Deutsche Chirurgie.*, Lief. 42, 1888.

Riedinger cite Körte, ce dernier aurait observé un cas analogue à celui d'Esmarch.

OBSERVATION III

Senftleben décrit un sarcome gélatineux développé dans l'aponévrose du muscle grand pectoral.

OBSERVATION IV

Lieven et Falkson mentionnent un sarcome de la région sous-claviculaire.

OBSERVATION V

A la clinique de Goëttingue Riedel observe un sarcome de la région mammaire gauche.

OBSERVATION VI

HOCCHENEGG : Jahresbericht de la clinique chirurgicale d'Albert de Vienne, 1884, p. 62.

Un homme de 47 ans opéré 16 ans auparavant par Dumreicher pour une tumeur de la grosseur d'une pomme, située à la région pectorale gauche, fut opéré en 1883. Première récurrence de la grosseur du poing, en 1885, nouvelle récurrence dans la cicatrice en 1887, quatrième récurrence. La tumeur présente la grosseur d'une noix. L'opération consiste à inciser largement la tumeur, que l'on trouve intimement adhérente au muscle grand pectoral qui doit être incisé dans toute son épaisseur jusque contre les muscles intercostaux. Réunion partielle de la plaie, il persiste une partie non réunie de 6 cent. de long et 2 cent. de large, qui guérit par bourgeonnement. La tumeur extirpée a été considérée comme un sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION VII

BILLROTH : Chirurgische Klinik, Wien., 1871-1876.

Homme 54 ans. Production d'un petit noyau dans la peau à côté du sternum. 9 ans auparavant, à l'âge de 45 ans, la tumeur s'était accrue jusqu'à devenir de la grosseur d'un œuf, elle a été extirpée 2 ans après à Prague. Pendant 3 ans pas de récurrence. Après 4 ans, j'ai extirpé dans la cicatrice une tumeur de la grosseur d'un poing. Pendant l'extirpation je dus à cause des adhérences enlever des morceaux de cartilages costaux. Mort de septicémie (abcès du poumon).

OBSERVATION VIII

BILLROTH : Chirurgische Klinik, Wien., 1871-1876.

Homme de 60 ans. A l'âge de 25 ans, il se produisit à côté du mamelon gauche un petit noyau dans la peau. Il s'agrandit lentement, pendant 10 ans, pour arriver à la grosseur d'un œuf et fut extirpé. Pas de récurrence pendant 12 ans. Puis tout près de la cicatrice une récurrence, qui fut extirpée 4 ans après. Nouvelle guérison durant plusieurs années. Puis plusieurs petits noyaux dans la cicatrice, ils s'ulcèrent. Cautérisation à l'aide d'une pommade, guérison. Nouvelle récurrence de la grosseur d'une tête d'adulte. Opération faite par Schuh, il y a 15 ans. Les masses extirpées devaient peser 6 livres. Avant la guérison complète, Schuh enlevait de petits noyaux dans la cicatrice trois mois après. Le malade est resté alors pendant 14 ans sans aucune récurrence. Alors la récurrence se montre dans la cicatrice et autour d'elle, l'un de ces noyaux, qui avait acquis la grosseur d'un œuf de poule, saignait dans ce dernier temps à tel point, que le malade demandait avec insistance son extirpation. J'enlevai cette tumeur bien encapsulée au mois de mai 1872. Le

malade partit avec une plaie de bonne nature. Les cicatrices des anciennes opérations s'étendaient du sternum au creux de l'aisselle et vers l'épaule. Dans ces cicatrices il y avait une quantité innombrable de petits noyaux de la grosseur d'un grain de mil ou d'un pois. Bientôt tous ces petits noyaux augmentèrent de volume, s'ulcéraient, le patient tombe dans le marasme et meurt au mois de novembre 1874.

La durée de toute la maladie a été par conséquent de 36 ans et demi.

OBSERVATION IX

BILLROTH : Chirurgische Klinik, Wien., 1871-1876.

Homme de 33 ans. Il y a trois ans (à l'âge de 30 ans) apparition d'un premier noyau dans la peau, à côté du muscle pectoral. Développement lent de la tumeur. Il y a un an et demi nouvelle tumeur à la racine de la cuisse gauche, dans la peau, bientôt des tumeurs se montrent dans l'aisselle gauche, au-dessus du genou droit, au scrotum, au dos, au thorax. Je refusai toute intervention. Le malade mourut dans son pays de phtisie pulmonaire. Il est à peine besoin de douter que cet homme est mort de sarcome pulmonaire. Durée de l'affection : 3 ans et demi.

OBSERVATION X

BILLROTH : Chirurgische Klinik, Wien., 1871-1876.

Femme 40 ans. Il y a trois mois un noyau se montre dans la peau au niveau du sein gauche de la grosseur d'un œuf de poule. Extirpation le 24 février 1873. Pas de récurrence jusqu'au mois d'avril 1877.

OBSERVATION XI

BILLROTH : Chirurgische Klinik, Wien., 1871-1876.

Homme 43 ans. A l'âge de 42 ans, il apparut dans le côté gauche de la paroi thoracique une tumeur. Au moment de l'examen cette

tumeur avait la grosseur d'une tête d'adulte. On ne peut savoir si elle avait pris naissance sur les côtes, ou dans le tissu cellulaire, elle était fixe, inopérable. Le malade mourut après ulcération de la tumeur. Durée de l'affection, un an et neuf mois.

OBSERVATION INÉDITE

Due à l'obligeance de M. le professeur Gross. Rédigée par M. Lenez, interne du service.

Le nommé B..., âgé de 12 ans, entre dans le service de M. le professeur Gross, le 19 juin 1887, pour une tumeur de la région sous-claviculaire droite. Il y a 4 mois que le malade remarque la présence d'une grosseur au niveau du creux sous-claviculaire. Elle avait, dit-il, presque le même volume qu'aujourd'hui, sauf qu'elle remontait moins haut. Il n'éprouvait ni douleur, ni gêne. Depuis cette époque la tumeur serait restée à peu près stationnaire, gagnant seulement vers la clavicule, toujours sans douleur aucune. L'état général est resté bon.

A l'examen local, on voit au niveau des régions sous-claviculaire et mammaire droites une tumeur discoïde de forme régulière, mesurant 16 centimètres transversalement et 17 dans son diamètre vertical. Elle est limitée en haut par le bord supérieur de la clavicule, en bas par le mamelon, en dedans par le bord droit du sternum, en dehors par la ligne axillaire. Elle fait une saillie d'environ 5 centimètres. La peau qui la recouvre présente une circulation veineuse très développée, elle est mobile sur la tumeur.

A la palpation, on sent sous la peau une tumeur lisse, lobulée, assez dure, pas de point ramolli. Elle semble adhérer en haut à la clavicule, et n'est pas mobile sur les plans thoraciques sous-jacents. Elle va en s'amincissant un peu vers l'aisselle ; elle est au contraire très saillante du côté du sternum et tend à déborder en haut la clavi-

cule. La pression n'est nullement douloureuse. On y perçoit un souffle rythmique très doux, isochrone au pouls.

L'immobilité constatée tout d'abord semble être moins nette quelques jours plus tard, le malade étant au repos, sa tumeur avait légèrement diminuée et il existait une mobilité assez faible de haut en bas, mais suffisante pour éliminer le diagnostic de tumeur des côtes ou de la clavicule. Il ne pouvait pas être question d'anévrysme de l'axillaire, le souffle seul aurait existé, les mouvements d'expansion de l'anévrysme, le retard du pouls dans la radiale, la réductibilité, tout manquait. Le diagnostic de tumeur sarcomateuse du grand ou du petit pectoral s'imposait donc.

Le 30 juin, M. le Professeur Gross procède à l'extirpation de cette tumeur.

Après chloroformisation, incision en V, partant de la clavicule jusqu'à la limite inférieure de la tumeur. Au-dessous des plans superficiels, on trouve le muscle grand pectoral étalé, aminci, mais sain. On le sectionne suivant la direction de ses fibres et on arrive sur la tumeur qui est parfaitement limitée mais présente un lobe qui plonge profondément dans le creux sous-claviculaire, jusqu'à l'artère sous-clavière. L'énucléation de la tumeur est laborieuse.

Suture de la plaie toute entière après hémostase complet, contro-ouverture à la base du lambeau en V. Pansement compressif.

La tumeur extirpée pèse 320 grammes, elle a une forme ovoïde avec un prolongement lobulé; elle présente à sa surface des lobulations nombreuses et volumineuses. Sa couleur est jaune et gris rosée. Sa surface est sillonnée de grosses veines dilatées et gorgées de sang. Sa consistance est molle, uniforme. A la coupe, elle est constituée par un tissu compact de couleur gris rosé, traversée par de petites brides fibreuses et piquetée de rouge.

La guérison se fait par première intention, le malade sort le 1^{er} juillet 1894.

OBSERVATION INÉDITE

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GROSS, rédigée par M. HARTMANN, interne de service.)

Le nommé A... Auguste, âgé de 29 ans, tisserand de profession, entre à l'hôpital le 21 novembre 1893, pour un *sarcome de la paroi thoracique*.

Antécédents. — Il n'y a rien à noter de spécial dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade ; son père et sa mère sont bien portants ; il a trois frères qui sont également en bonne santé. Il n'y a jamais eu dans la famille de sujets atteints d'une tumeur quelconque. Le malade n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital.

Histoire de la maladie actuelle. — L'affection a débuté à l'âge de 8 ans. Il s'aperçut alors qu'il portait sur le côté gauche du thorax à peu près sur la ligne mamillaire, à quelques centimètres au-dessous du mamelon, une petite tumeur de la grosseur d'un pois, développée, dit-il, dans l'épaisseur de la peau, augmentant peu à peu de volume. Cette petite tumeur était très mobile sur les côtes et le malade pouvait la soulever en plissant la peau. Elle grossit peu à peu, et, à l'âge de 15 ans, elle avait atteint les dimensions de la paume de la main. A son centre s'était formé une autre grosseur presque indépendante de la première. A cette époque, on lui fit subir une petite opération consistant dans l'ablation de la tumeur centrale. La cicatrisation de la plaie opératoire se fit rapidement et la tumeur non enlevée continua à s'accroître d'une façon lente et continue, restant toujours très mobile sur le thorax.

Vers l'âge de 18 ans, la peau s'ulcéra sur certains points, mais il ne s'écoula jamais beaucoup de pus, il se forma aussi des croûtes.

L'état général du malade était jusqu'alors resté bon ; il resta relativement satisfaisant jusqu'au mois de juillet dernier ; depuis cette époque, la tumeur prit une extension rapide et s'étendit principalement vers la droite et vers en bas. De plus, des ulcérations apparurent à sa surface et donnèrent un liquide sero-purulent, très fétide. Le malade fut obligé de quitter l'atelier où il travaillait, à cause de l'odeur fétide qu'il répandait autour de lui et de son affaiblissement progressif. Il ne fut pas obligé de garder le lit, mais il maigrit rapidement.

Etat actuel. — Le malade présente sur le côté gauche de la poitrine une tumeur considérable dont le diamètre horizontal est de 20 centimètres et le diamètre vertical de 23 centimètres,

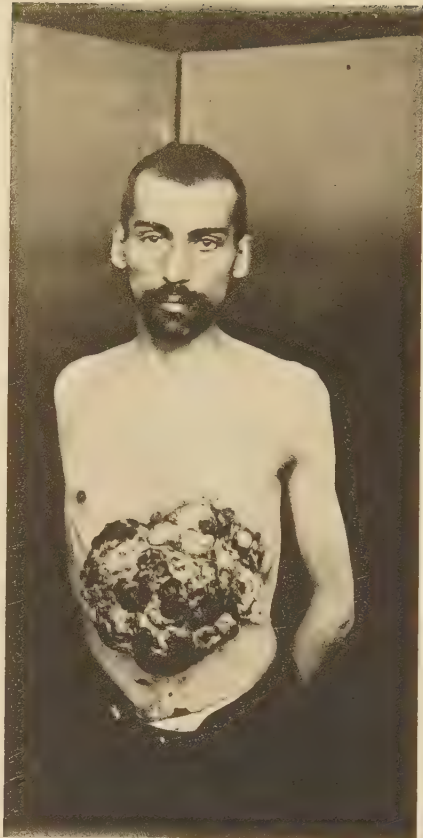
Elle fait fortement saillie en avant, et est largement implantée sur le thorax.

La tumeur a l'aspect d'un chou-fleur ; elle est divisée en lobes de dimensions diverses et d'aspect variable, suivant que les parties sont à un stade plus ou moins avancé de développement. Sur toute la surface de la tumeur, sauf à sa partie supérieure et externe, existent de vastes ulcérations recouvertes de sang, de pus, de plaques de sphacèle.

A la partie supérieure et externe au contraire, sont des lobes recouverts d'une peau très fine, rouge. Enfin, au pourtour de la tumeur et en haut, on voit d'autres petites tumeurs tout à fait isolées et mobiles sur les côtes, que le malade dit être tout à fait analogues à la tumeur à son début. Vers l'aisselle gauche, on trouve quelques ganglions peu volumineux.

Le malade est pâle, amaigri, il a le teint cachectique. Il manque d'appétit, est très faible. Rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire ni du côté du cœur. Les urines sont un peu troubles, exemptes d'albumine.

Les rapports de la tumeur sont les suivants : A droite elle s'étend jusqu'à deux travers de doigt en dedans de la ligne mamillaire. A



gauche, à un centimètre en dehors de cette ligne. En haut, elle atteint la ligne intermamillaire, enfin en bas elle est éloignée de 4 centimètres d'une ligne transversale qui passerait par l'ombilic.

Toutefois, à la partie inférieure, la tumeur est séparée des téguments par un sillon profond, qui montre qu'elle surplombe en ce point l'abdomen.

Opération le 28 novembre 1893. — L'anesthésie est faite au chloroforme. On circonscrit et on enlève la tumeur au bistouri assez facilement. L'hémorrhagie, assez abondante, est arrêtée soit avec des pinces à forcipressure, soit par compression avec du coton hydrophile. Les tissus sous-jacents sont légèrement cedématiés, mais sains. On fait l'ablation de quelques lobules néophasiés qui restent encore adhérents au thorax. Le diamètre vertical de la plaie opératoire est de 21 centimètres, son diamètre transversal de 15 centimètres ; on applique sur la plaie un pansement sec et compressif.

La tumeur pèse 1 kilogr. 680 grammes. Après *examen microscopique*, le *diagnostic* porté est sarcome fibroblastique.

Cette tumeur apparaît, à la coupe, comme composée d'un certain nombre de tumeurs réunies par du tissu conjonctif lâche. Ces petites tumeurs sont les unes de consistance molle, les autres de consistance plus dure et présentent par place de petites hémorrhagies.

L'examen histologique montre que cette tumeur est un sarcome composé de cellules fusiformes. Dans les parties molles, se trouvent les grosses cellules fusiformes à noyau ovale et gros. Ces cellules sont si serrées les unes contre les autres que c'est difficilement que l'on peut apercevoir par place un peu de tissu fibreux ou de substance intercellulaire granuleuse. En d'autres endroits, ces cellules étaient coupées perpendiculairement à leur axe et apparaissaient alors comme de grosses cellules rondes. Toutes ces cellules fusiformes sont arrangées en faisceaux qui se dirigent en différentes directions. Dans les parties molles, en général périphériques, se trouve la même disposition : mais

là, le tissu conjonctif infiltre les cellules fusiformes sous forme de fibres fines.

Les vaisseaux se trouvent dans les travées conjonctives qui traversent la tumeur : ils sont là en très grand nombre.

Suites opératoires absolument simples.

2 décembre. — *Apyrexie*. — Le malade va bien. Le pansement est renouvelé. La plaie suppure très légèrement, elle se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature.

23 décembre. — *Greffes de Tiersch*. — Application d'une série de greffes. L'anesthésie est faite au chloroforme. On enlève d'abord sur le bord interne de la plaie quelques noyaux indurés suspects. On prend ensuite des lambeaux d'épiderme, d'abord sur la partie antérieure de la cuisse gauche, puis sur la partie antérieure de la cuisse droite et on les applique sur toute la surface de la plaie thoracique. Les greffes posées sont recouvertes de languettes de silk, d'un gâteau de coton hydrophile imbibé d'eau salée, enfin d'un pansement compressif et immobilisateur.

27 décembre. — Renouvellement du pansement. La plaie suppure légèrement. Les greffes ont tenu en grande partie. On place sur les greffes un gâteau de coton hydrophile imbibé d'eau stérilisée.

20 janvier 1894. — La cicatrisation est achevée; la guérison complète. L'opéré quitte le service.

Nous avons appris depuis que quelques nodules de récidence ont apparu et ont dû être excisés.

Les dernières nouvelles du malade sont excellentes.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE. — Le sarcome cutané se développe de préférence à *l'âge adulte* entre 20 et 45 ans. On peut l'observer cependant chez les enfants, exceptionnellement chez le vieillard.

L'hérédité semble bien établie. De plus, ce fait que les *altérations morbides de la peau*, telles que verrues molles, *nœvi materni*, fibromes *molluscum*, etc., qui favorisent l'éclosion du sarcome, sont presque constamment héréditaires, tend encore à prouver l'hérédité. Certaines verrues se retrouvent même chez l'enfant identiquement à la même place que chez l'ascendant. C'est à Virchow que revient le mérite d'avoir démontré que les sarcomes naissent ordinairement sur des productions pathologiques de la peau et en particulier sur celles dans la structure desquelles prédomine le tissu conjonctif, verrues, choux-fleurs, poireaux, etc. Les fibromes eux aussi peuvent, à un moment, se transformer en sarcomes. La thèse de Michel (1) de Nancy, renferme un exemple de transformation de fibrome *molluscum* en sarcome. Une observation ana-

(1) Michel. Thèse, Nancy, 1887.

logue était rapportée récemment à la Société de chirurgie (9 mai 1894). Si l'on cherche dans ces observations la cause de la transformation du fibrome en sarcome, c'est le plus souvent dans des traumatismes, des irritations chroniques qu'on la trouve. Or, Virchow (1) a précisément démontré que des *causes locales* telles que irritations, inflammations chroniques ou répétées, peuvent être l'origine de sarcomes cutanés. Dans le même ordre d'idées, Virchow a montré l'importance des cicatrices dans la genèse des sarcomes. Comme une cicatrice est le résultat de bourgeons charnus, et qu'entre ceux-ci et les proliférations sarcomateuses les plus considérables et les plus malignes existent toutes les transitions possibles, l'origine de la cicatrice peut être considérée comme un pseudo-sarcome. Que les éléments globo ou fuso-cellulaires qui doivent donner du tissu fibreux persistent ou se produisent en quantité anormale, un sarcome se développera au lieu et place de la cicatrice. Ce sera une fausse chéloïde en opposition avec ces tumeurs cutanées, allongées, ramifiées et arborescentes, de couleur rouge, à surface lisse et de consistances fermes, qu'Alibert a nommées chéloïdes vraies. Celles-ci se développent sur une peau tout à fait saine.

A côté de ces causes locales, existe-t-il des *causes générales*? M. Verneuil et ses élèves (Ricard, thèse de

(1) Virchow, *Path. des tumeurs*. Trad. Aaronsohn, Paris, 1869. T. I, p. 167-321. T. II, p. 167.

Paris, 1885), ont mis en cause l'arthritisme, mais la question n'est pas résolue. Comme cette diathèse prédispose aux maladies de la peau et particulièrement à l'eczéma, il est possible que, par cet intermédiaire, elle prédispose à l'apparition du sarcome comme nous l'avons vu plus haut.

Esmarch pense que l'hérédité syphilitique doit jouer un rôle dans la production des sarcomes. Pour cela il s'appuie sur les analogies de structure des sarcomes avec les syphilomes tous deux formés de tissu de granulation par prolifération du tissu conjonctif (Esmarch. Communication au 18^e congrès de la Société allemande de chirurgie).

Le *sexe* ne semble être pour rien dans la genèse du sarcome : hommes et femmes semblent également frappés. Il en est de même pour ce qui est de la constitution du tempérament et des antécédents morbides constatés chez le sujet atteint.

En résumé, ce que l'étiologie du sarcome cutané nous enseigne d'une façon à peu près certaine, c'est l'influence des hyperplasies cutanées dans lesquelles la partie conjonctive prédomine, et des inflammations chroniques ou des irritations répétées de la peau ; c'est enfin et surtout peut-être la transformation du fibrome en sarcome. Y a-t-il eu chez notre malade une irritation ou autre cause locale comme point de départ d'une tumeur aussi volumineuse ? Nous savons que notre second malade était tisserand et s'appuyait constamment sur la barre transversale qui sert à tendre la toile.

Quelle est la *pathogénie du sarcome* ?

Cette étude pathogénique n'est pas spéciale au sarcome : elle s'applique à toute tumeur. Aussi nous contenterons-nous de rappeler rapidement les différentes théories émises à ce sujet. Elles sont au nombre de quatre. La première en date est celle de Cohnheim. Pour cet auteur un groupe d'éléments embryonnaires ne participerait pas à l'évolution de l'individu. Puis, tout à coup, sous une influence le plus souvent indéterminée, sa puissance de multiplication se manifeste et la tumeur se forme. De plus, Cohnheim suppose qu'il y a inclusion du tissu embryonnaire dans les cas où la structure de la tumeur diffère de celle des tissus où le néoplasme se développe. Dans cette hypothèse on comprend facilement comment et pourquoi un grand nombre de tumeurs sont constituées de tissus embryonnaires.

L'objection la plus sérieuse à cette hypothèse a été faite par Bard, qui pose en principe que les tumeurs nées des cellules de l'embryon ont une structure spéciale et typique différant de celle des tumeurs qui naissent des cellules de l'organisme adulte.

D'après Bard, toute cellule de l'organisme et quel que soit son âge peut, par une modification dans ses propriétés physiologiques, devenir l'origine d'une tumeur. « L'embryogénie des tissus dure toute la vie et la tumeur est une anomalie spéciale de ce développement embryogénique. (Bard) ». Normalement la prolifération cellulaire est réglée par le rôle physiologique que les cellules ont à remplir.

Que, sous une influence spéciale, une cellule s'affranchisse de cette règle, elle se multipliera anormalement. Mais cette cellule rebelle est une cellule adulte dérivant d'une cellule nodale par différenciation successive : les cellules filles ne pourront donc que présenter les caractères spéciaux de la cellule mère et parmi ces caractères se trouvera cette indépendance qui fera que les cellules filles proliféreront sans mesure et sans règles autres que la conservation des propriétés ataviques. « On peut comparer en somme l'état dans lequel se trouve la tumeur par rapport à l'organisme, à celui d'un groupe anarchique et envahissant, en révolte contre la confédération dont il était à l'origine une partie constituante. » (Bard).

A côté de ces théories physiologiques, existe une *théorie microbienne* qui placerait l'origine du sarcome dans la pénétration d'un infiniment petit dans l'organisme. Le microbe spécifique du sarcome existe-t-il ? Francke a décrit un bacille de 3 pouces de longueur possédant des spores de 1 pouce qui serait le microbe du sarcome. Les inoculations de ce bacille ne sont pas venues confirmer cette hypothèse. Bard estime que la théorie microbienne des tumeurs est « sans bases sérieuses », parce que « les caractères anatomo-pathologiques des processus néoplasiques et des processus microbiens sont radicalement différents. »

Quoiqu'il en soit de la genèse du sarcome, son développement primitif est difficile à observer et l'on ne peut guère étudier que les différentes phases de son accroisse-

ment. Celui-ci se fait surtout aux dépens des éléments propres de la tumeur que ceux-ci soient périphériques ou centraux. Ces derniers ont en général pour centre un capillaire embryonnaire. La circulation dans les sarcomes est d'ailleurs très active et certaines de ces tumeurs peuvent présenter de véritables lacs sanguins dans leur intérieur.

Signalons seulement les *dégénérescences graisseuses* et les *transformations osseuses, vasculaire*, etc., que peuvent présenter les sarcomes cutanés au même titre que les sarcomes en général.

La *généralisation* au poumon est la plus fréquente. L'infection ganglionnaire est très rare alors que l'infection veineuse est fréquente.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les sarcomes de la paroi antérieure du tronc peuvent prendre naissance dans la peau, le tissu cellulaire et les muscles de la région, tel que grand et petit pectoral (obsev. Lenez). Mais comme leur siège de prédilection est la peau, notre description anatomo-pathologique concernera surtout cette variété de sarcomes.

A la coupe, les sarcomes présentent un aspect différent suivant qu'il s'agit de sarcomes à petites cellules ou à cellules fusiformes. Le sarcome à petites cellules montre un tissu blanchâtre ou gris rosé, semé d'un pointillé rouge ; la consistance en est généralement molle ; le volume est essentiellement variable. Le sarcome à cellules fusiformes au contraire, présente un volume en général moindre que le précédent. Il peut être mou, bien que le plus souvent il soit ferme et élastique. A la coupe, il est blanc rosé, translucide et laisse nettement apercevoir une structure fasciculée. Les faisceaux sont tantôt entre-croisés, tantôt concentriques en tourbillon et la confusion avec le fibrome se fait alors facilement.

Une coque fibreuse entoure en général l'une et l'autre espèce de sarcomes.

HISTOLOGIE. — Le sarcome de la peau prend naissance dans le derme. La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que ces tumeurs ont un vaisseau pour centre de formation. (Kœster, Kollaczek, Tillmanns). La structure des sarcomes cutanés est la même que celle des sarcomes de tout tissu. On peut donc les classer en *sarcomes à cellules arrondies* et *sarcomes à cellules fusiformes*. Notons de suite que ce sont ceux, appartenant à cette dernière variété, qui forment la grande majorité des sarcomes cutanés : nous en chercherons la cause dans un instant.

Les cellules sarcomateuses arrondies ressemblent beaucoup aux cellules lymphatiques : comme elles, elles sont arrondies, sans protoplasma distinct, facilement colorées par le carmin ; elles en diffèrent cependant par leur volume moindre et une forme moins régulière. Il est excessivement rare, que ces cellules constituent seules la tumeur, qui, dans ce cas, prend le nom de *sarcome encéphaloïde* ou de *tumeur embryoplastique*. Le plus souvent se forme entre ces cellules globo-cellulaires une substance conjonctive intercellulaire presque homogène, très légèrement fibrillaire.

Les cellules fusiformes ont leurs extrémités effilées, parfois ramifiées, de 15 à 20 μ de longueur. Les noyaux sont allongés, le protoplasme qui les entoure est

en fuseau. Elles sont donc beaucoup moins volumineuses que les cellules musculaires. Une tumeur exclusivement constituée de cellules appartenant à cette variété prend le nom de *sarcome fusiforme*. Mais le plus souvent ces cellules sont entremêlées de fibres conjonctives plus ou moins bien développées, dont la direction générale est toujours parallèle à celle des cellules.

Il est enfin une variété de sarcome, qui prend quelque chose aux deux groupes précédents et reste cependant dissimilable de chacun d'eux : c'est le *sarcome alvéolaire*. Au sarcome globo-cellulaire, il prend les cellules rondes au sarcome fuso-cellulaire ses fibres conjonctives. Il est représenté par des nids de cellules rondes entourées de travées plus ou moins épaisses de tissu conjonctif.

Enfin les sarcomes cutanés peuvent présenter des matières *pigmentaires* qui ne proviennent pas du sang et mériter le nom de *sarcomes mélaniques*. Peut-être s'agit-il de sarcomes vrais, constitués par des cellules, dont la fonction normale est de fabriquer des matières pigmentaires comme les sarcomes qui, nés dans la choroïde, se généraliseraient ensuite à la peau : peut-être les cellules pigmentées profondes de la couche de Malpighi peuvent-elles aussi donner naissance à des tumeurs pigmentaires.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on rencontre, dans les cas de mélanose, des pseudo-tumeurs sarcomateuses, caractérisées par des cellules embryonnaires ou le plus souvent par des cellules fusiformes, qui englobent les

masses mélaniques. Celles-ci se présentent sous forme de taches noires et opaques, homogènes, qui paraissent superposées aux éléments cellulaires. Ces sarcomes sont des pseudo-tumeurs, parce que les cellules proliférées sont le résultat de la réaction des tissus sous l'influence des masses mélaniques.

Quoiqu'il en soit, dans le sarcome cutané mélanique vrai, le plus souvent fasciculé, le pigment mélanique se rencontre et dans le stroma conjonctif, où il est très abondant, et dans les masses cellulaires sarcomateuses sous forme de taches arrondies ou d'îlots disséminés.

Encore une fois l'origine de ces sarcomes mélaniques se trouve soit dans les cellules pigmentées de la couche de Malpighi, soit dans les cas de mélanose, qui aurait envahi un sarcome normal, comme elle envahit tout tissu.

Les sarcomes de la peau présentent dans leur évolution ce fait important, que l'*ulcération* y survient facilement. La cause de cette ulcération se rencontre dans les traumatismes fréquents et de toute nature que ces tumeurs, parfois assez volumineuses et superficiellement placées, peuvent subir. Très souvent aussi le sarcome cutané comprime les vaisseaux placés au-dessus d'elle et y favorise la formation de thrombose en même temps que des lésions des parois vasculaires. Certains auteurs veulent même faire jouer à l'altération des parois vasculaires le rôle principal dans l'ulcération des tumeurs sarcoma-

teuses de la peau et estiment, que cette ulcération n'est pas le résultat de la compression de la peau par la tumeur ou d'une dégénérescence graisseuse de leurs éléments, mais d'un poison d'origine toxique ou parasitaire qui agirait sur les vaisseaux de la peau. (Sarcome cutané. A. Rossi. *In Morgagni*, juillet 1893, p. 40.) Plus rarement l'ulcération résulte de l'envahissement de la peau suivi de la nécrobiose de ses éléments.

Nous avons dit plus haut que les sarcomes de la peau sont le plus souvent des sarcomes fuso-cellulaires. C'est que très fréquemment le sarcome de la peau a débuté par un fibrome dont l'accroissement se fait aux dépens de cellules fusiformes, nées d'une cellule primitive d'ordre conjonctive. Cette cellule, suivant la théorie de Bard, se serait mise en révolte contre l'organisme, puis se serait multipliée pour son propre compte en transmettant ses propriétés à ses descendants. Or, le fibrome est le résultat de la révolte d'une cellule conjonctive, qui prolifie, mais songe cependant au perfectionnement, c'est-à-dire à la formation de tissu adulte, de tissu fibreux ; si cette cellule perd toute sagesse, elle ne fera plus que se multiplier en conservant son type primitif fusiforme, mais ne donnera plus de tissu fibreux ; le sarcome fuso-cellulaire ou fasciculé sera ainsi constitué. C'est la théorie exposée par le Docteur Zilgien. (*Revue méd. de l'Est*, 15 juin 1894.)

CHAPITRE III

SYMPTOMES. — Les symptômes du sarcome de la partie antérieure du tronc sont :

a) Des symptômes communs à tous les sarcomes.

b) Des symptômes propres aux sarcomes de la région.

a) Au *début*, l'on constate une tumeur faisant légèrement saillie au-dessus du niveau de la peau, tumeur petite, comme une fève, une noisette, roulant sous le doigt, très mobile sous les portions sous-jacentes, moins mobile avec la peau. Son adhérence à la partie profonde du derme semble parfois très serrée. Quelquefois, lorsque la tumeur présente une disposition spéciale, permettant de l'exposer à la lumière, elle est transparente. Cette transparence n'a rien d'analogue à celle de d'hydrocèle ou d'un kyste, elle est rouge rosé, analogue à la transparence des bords des doigts que l'on expose à la lumière du soleil.

C'est le plus souvent par hasard que le malade découvre sa tumeur, la *douleur* fait habituellement défaut au début.

Lorsque la tumeur a pris un certain développement, elle

présente une *forme* globuleuse, arrondie; cependant, le développement peut ne pas se faire d'une pièce, la petite tumeur du début peut ne pas augmenter seulement de volume et présenter une forme unilobée, globuleuse, bien arrondie; quelquefois, à côté de la petite tumeur initiale, s'en développe une seconde, puis une troisième et finalement une série agglomérée de petites saillies qui, toutes, augmenteront simultanément de volume; il se formera alors sous la peau une tumeur présentant une série de lobes, de lobules, de nodosités, donnant au sarcome une forme irrégulière mamelonnée; notre cas est un exemple typique de cette variété.

La *consistance* de la tumeur est très variable : un sarcome à petites cellules à marche rapide est mou, pseudo-fluctuant; très vascularisé, il est pulsatile; contient-il un kyste de ramollissement ou autre, il peut y avoir de la fluctuation, au contraire un sarcome à cellules fusiformes à marche lente est habituellement plus résistant, il peut avoir la consistance du fibrome et n'en être distingué qu'au moment de l'énucléation.

Deux symptômes non constants, mais intéressants à signaler, sont l'*élargissement des veines cutanées*, dus aux troubles survenus dans la circulation locale, et l'*élévation de la température locale*.

Estlander d'Helsingfors a reconnu que certains sarcomes possèdent une température plus élevée que le reste de l'économie, les différences ont varié de 1° à 1°5. Cau-

chois a même constaté une élévation de température de 2°1 dans un sarcome des parties molles. L'accroissement de la tumeur, présentant ce phénomène est rapide et l'augmentation de température est comparable à ce qui se passe dans les tissus atteints d'inflammation.

b) A la paroi antérieure du tronc, le sarcome se caractérise par une grande *mobilité* sur les parties sous-jacentes.

Lorsque la tumeur a pris un certain volume, cette mobilité peut persister et alors, grâce à son poids, elle tend à se porter vers en bas, il se produit à sa partie supérieure un tiraillement de la peau tel, que le sommet du sarcome se continue insensiblement vers en haut sans ligne de démarcation bien nette, et ce n'est qu'au palper, en déprimant cette peau soulevée, que l'on arrive à trouver les limites supérieures de la tumeur. En bas, au contraire, la tumeur se sépare nettement des parties saines par un sillon, devenant de plus en plus profond et parfois complètement caché par la tumeur pendante, en d'autres termes le sarcome en s'accroissant, n'ayant aucune connexion avec la profondeur, tend à se *pédiculiser*.

Mais bientôt d'autres phénomènes viennent se surajouter à ceux déjà signalés. Lorsque le sarcome est sous-cutané, ou développé dans les couches profondes du derme la peau devenue d'abord rouge, non pas par envahissement comme dans le cas de cancer, mais par pression excentrique, s'*ulcère*, le sarcome fait saillie par cette ulcération, la peau

tout autour se décolle facilement et bientôt, par inoculation septique de cette plaie, la suppuration s'établit. Les portions les plus superficielles du sarcome se nécrosent, tombent et laissent à nu des bourgeons charnus, fongueux, saignant facilement; à leur tour ces bourgeons se nécrosent, l'ulcération s'élargit et bientôt à la place d'une tumeur recouverte d'une peau saine, nous sommes en présence d'un chou-fleur fongueux, à pus sanieux infect, saignant au moindre contact.

L'état général s'est ressenti de cette suppuration chronique, le malade s'est affaibli, a pris un aspect jaune et terreux, ce n'est pas uniquement par la cachexie sarcomateuse et l'envahissement secondaire, que l'état général d'un malade, porteur d'un sarcome ulcéré, s'affaisse progressivement, c'est grâce aussi à la suppuration prolongée.

L'ulcération, l'inflammation et la gangrène peuvent être les premières complications du sarcome; elles sont surtout fréquentes au tronc (paroi postérieure : M. Gross; paroi antérieure, notre cas); il est certains traumatismes que le malade ne peut éviter à sa tumeur, tels le frottement continu des vêtements, lorsqu'il est debout, le poids des couvertures, lorsqu'il est couché, les pressions professionnelles légères mais continues : notre malade était tisserand et chaque mouvement de pédale devait projeter son corps en avant sur la barre transversale servant à tendre l'étoffe.

Une autre complication plus grave, est la *propaga-*

tion et la *généralisation* à tout l'organisme. L'envahissement du système lymphatique est rare pour le sarcome, et, si l'ulcération a modifié la tumeur, les ganglions tuméfiés que l'on trouve dans l'aine ou l'aisselle, ne sont pas nécessairement de nature sarcomateuse; tel a été le cas de notre malade.

Il est établi depuis longtemps que l'envahissement se fait surtout par les veines, et cependant ces tumeurs volumineuses existent parfois à côté de veines importantes sans les envahir.

Les généralisations débutent habituellement par le poumon et le foie; la rate, les reins, le cerveau, peuvent être envahis secondairement, mais cette éventualité est moins fréquente. Les malades succombent alors au progrès de la cachexie, à moins qu'une hémorrhagie de la tumeur primitive mette plus rapidement fin à leurs jours.

Les *hémorrhagies* n'ont cependant pas la fréquence qu'on pourrait supposer à l'aspect de ces tumeurs très vasculaires, à veines dilatées, en effet la circulation dans le sarcome est très lente, la pression sanguine y est très inférieure à la pression du système circulatoire général et souvent ces larges sinus veineux sont oblitérés totalement ou en partie par un thrombus. Ce sont plus souvent de petits suintements sanguins souvent répétés, se prolongeant pendant des journées entières, qui minent le malade, plutôt que ces hémorrhagies brusques, abondantes qui le saignent à blanc.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC. — Au début, il sera parfois difficile, impossible même, d'arriver à un diagnostic exact.

Quelle différence existe-t-il en effet, entre un petit fibrome sous-cutané, un petit lipome et un sarcome? Ni la forme, ni la consistance, ni le volume ne pourront les différencier. Il faudra cependant tenir grand compte de l'existence d'un *nœvus*, si le malade affirme que depuis longtemps il s'est aperçu d'un *nœvus*, à la paroi antérieure du tronc, que depuis quelques mois ce *nœvus* a des tendances à augmenter de volume, il est probable que sous le *nœvus* débute un sarcome.

Si pendant de longues années un fibrome a existé au niveau de la paroi thoracique ou abdominale, que ce fibrome ait pris brusquement un développement rapide, le sarcome doit être redouté.

Lorsque la tumeur a déjà pris une extension assez considérable, mais que la peau est encore intacte, le diagnostic doit être fait avec le carcinome, l'adénome, le lipome, voire même une tumeur liquide.

Si la tumeur n'est pas encore ulcérée, avons-nous des signes suffisants pour distinguer le sarcôme du carcinome? Le cancer évolue très rapidement, il en est de même du sarcome à petites cellules. Le cancer est une cause de cachexie rapide, il n'est pas démontré que le sarcome n'en produise jamais ; le cancer se généralise, de même le sarcome ; nous ne pouvons donc rien conclure du degré de malignité de la tumeur par rapport à sa nature. Mais le cancer n'est pas limité, il infiltre les tissus, les envahit tout autour de lui, ce n'est pas le fait du sarcome, ce dernier reste longtemps encapsulé, mobile sur les parties sous-jacentes. Si donc à la paroi abdominale ou thoracique, nous sommes en présence d'une plaque immobile, peu ou point saillante, à peau rouge violacée, adhérente à la profondeur, se plissant à la façon d'une peau d'orange, d'une tumeur étalée, s'accroissant autant en hauteur qu'en largeur, nous devons penser à un cancer, si au contraire nous assistons à l'évolution d'un noyau plus ou moins dur, mobile, gardant sa mobilité pendant une période de 3, 4 et 5 mois, permettant à la peau de se déplacer au-dessus d'elle, se développant sans envahissement des tissus adjacents, l'idée d'un sarcome sera plus plausible.

En effet, ce n'est ni le volume, ni la consistance, variable suivant chaque cas qui pourront mettre sur la voie, ce sera surtout la forme et le mode d'évolution.

L'infection des ganglions lymphatiques peut être regardée comme constante dans le cancer, dans le sar-

come avant l'ulcération le fait est exceptionnel, il est même assez rare après.

Plus délicate est la différenciation d'un sarcome et d'un carcinome ulcérés.

Au début cependant, la perte de substance de la peau faite comme à l'emporte-pièce, semblable à une plaie consécutive à une escharre, avec bords sains n'adhérant pas à la tumeur sous-jacente, avec, dans la profondeur, la tumeur arrondie non encore ulcérée elle-même, mais mettant pour ainsi dire le nez à la fenêtre, peuvent être des signes suffisants pour éliminer le carcinome. Dans le cancer en effet la peau est adhérente, fongueuse, malade elle-même et dans la profondeur s'aperçoivent des bourgeons exubérants sanieux.

Mais un peu plus tard l'inoculation septique des tissus les a modifiés. Pour le cancer comme pour le sarcome nous sommes en présence d'une plaie à bords rouges, gonflés, œdématiés, à suppuration intarissable, sanieux, infectés, des lambeaux de tissu sphacélé se détachent et font saigner les bourgeons à chaque pansement ; bien plus pour rendre l'analogie plus évidente, dans l'aisselle ou dans l'aîne, suivant le siège plus ou moins élevé de la tumeur sur le tronc, se rencontrent des ganglions douloureux parfois, indolores dans d'autres cas, toujours tuméfiés. Sont-ils inflammatoires, sarcomateux, cancéreux ? Le palper le plus minutieux ne pourra nous le révéler. S'il est vrai, que ces ganglions simplement enflammés, sont plus mous,

plus souples, que lorsqu'ils sont sarcomateux ou cancéreux, l'appréciation d'un fait, qui repose sur de pareilles nuances, n'est pas facile.

A ce moment il ne nous reste pour distinguer l'un de l'autre que l'*examen histologique*. Un petit morceau de tumeur enlevé et examiné au microscope nous renseignera.

Au tronc, nous aurons souvent à différencier le sarcome du lipome.

Le lipome est indolent, le sarcome peut l'être.

Le lipome est mou, lobé, le sarcome peut l'être.

Sur le sarcome passe une peau à veines dilatées, de même un lipome qui produirait, par sa pédiculisation ou son poids, un trouble de circulation dans la profondeur, peut-être recouverte d'une peau à circulation collatérale très accentuée.

Ici encore aucun caractère distinctif net ne peut être déduit de la forme et de la consistance du lipome, c'est encore comme précédemment de l'évolution de la tumeur que nous pourrions conclure à sa nature. Le lipome évolue lentement. Le sarcome évolue rapidement ; notre observation semble en contradiction avec la rapidité d'évolution du sarcome, cependant nous ne savons absolument rien sur sa nature antérieure ; le malade n'était-il pas atteint d'un lipome ou d'un fibrome dont l'évolution lente s'est maintenue jusqu'à la période d'activité de l'individu ? C'est à huit ans qu'il s'est aperçu de sa première petite

grosseur, de 15 à 18 ans elle grandit plus vite, mais c'est alors aussi qu'il apprend le métier de tisserand, puis elle s'ulcère, cette ulcération ne guérit jamais, elle suinte, puis elle se recouvre de croûtes, n'est-ce pas une raison d'irritation suffisante pour faire rétrograder ce fibrome ou ce lipome et le transformer finalement en sarcome ?

L'on peut hésiter entre un sarcome mou et un kyste.

Les kystes sauf quelques rares exemples de kystes parasitaires sont à peu près inconnus aux parties molles antérieures du tronc mais si l'hésitation se produisait, une ponction exploratrice lèverait les doutes, à condition qu'elle fût positive. S'écoule-t-il du trocart, un liquide séreux, purulent, sero-sanguinolent, le diagnostic est posé, mais ne s'écoule-t-il rien du trocart, ou un peu de sang seulement, l'on ne pourra pas affirmer davantage l'absence de ce kyste. que la présence de sarcome.

Pouvons-nous aller plus loin ? Différencier le sarcome à petites cellules du sarcome fasciculé du tronc ? Jusqu'à une certaine mesure la différence peut se faire. La consistance est molle, pseudo-fluctuante, la vascularisation plus accentuée, la dilatation des veines cutanées plus nombreuses lorsqu'il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire, son évolution plus rapide peut la séparer du sarcome fasciculé plus dur, plus lent dans son développement et aussi plus longtemps indolent.

Le sarcome mélanique n'a pas encore attiré notre attention au point de vue du diagnostic. Le sarcome mélanique

échappe à l'observation des chirurgiens, sa généralisation est si rapide que le plus souvent il est inopérable, avant même qu'il ait pris des proportions considérables d'autres sarcomes dans le voisinage du premier se forment, envahissent les téguments et l'extirpation en devient impossible. On le reconnaîtra facilement à la coloration spéciale noire, même s'il est sous-cutanée, la peau qui le recouvre est violacée. L'envahissement ganglionnaire y est excessivement fréquent. Il existe sur la paroi antérieure du tronc (Thèse Perrin)(1), mais non isolé, le plus souvent pendant la généralisation.

Le sarcome des parties molles du tronc offre des caractères assez nets pour le distinguer du fibro-sarcome de la paroi abdominale et du sarcome des côtes.

Le fibro-sarcome de la paroi abdominale se développe dans les muscles de la paroi, quel que soit son point d'origine, il est adhérent à la profondeur. Sa forme n'est pas saillante au point de dépasser de beaucoup la largeur de son implantation.

Au palper, on ne le distingue pas facilement de ses parties voisines, lorsque les muscles sont au repos ; lorsque les muscles sont tendus, il semble être un nœud du muscle lui-même, la peau glisse largement au-dessus de lui. Rien de pareil pour le sarcome des parties molles, il

(1) Perrin. — Thèse, Paris, 1886.

est mobile sur la profondeur, la peau est mobile au-dessus de lui, mais ce signe peut manquer, lorsqu'il a pris naissance dans le derme lui-même.

Le sarcome des côtes ou ostéo-sarcome, est incapable de subir aucun déplacement, si ce n'est celui provoqué par la respiration, on le sent dans la profondeur comme une masse faisant corps avec l'os, formant tantôt une simple saillie latérale, l'enveloppant tantôt comme un manchon à extrémités plus ou moins arrondies ou effilées.

PRONOSTIC. — Le pronostic du sarcome du tronc est grave, grâce à la malignité inhérente de la tumeur, quel que soit son siège dans l'organisme, grâce surtout à la rapidité d'évolution du sarcome, placé en avant et soumis à tous les traumatismes.

Le fait est amplement démontré par quelques-unes des observations citées, celles de Hochenegg, de Billroth où il y a eu quatre récidives.

M. Gross nous a cité un exemple d'un sarcome sous-cutané de la cuisse, qui malgré une série d'opérations les plus largement pratiquées, continua à revenir avec une ténacité extrême et finalement amena la cachexie et la mort, sans généralisation apparente.

La gravité résulte encore de la propagation en profondeur, qui rappelle celle des sarcomes du sein ; peu à peu les plans musculaires, le périoste des côtes ou du sternum sont envahis et des complications pleurales peuvent survenir.

La malignité du sarcome semble cependant être inférieure à celle du cancer ; tandis que ce dernier récidive sur place avec une grande rapidité, il existe un grand nombre de sarcomes laissant entre l'extirpation de la première tumeur et la récidive un temps assez long (14 ans, Billroth), pour faire penser à une guérison définitive.

CHAPITRE V

TRAITEMENT. — En 1874, lorsque M. le professeur Gross a publié son mémoire sur les sarcomes dorso-lombaires, son malade avait bénéficié de l'ablation par la galvanocaustique thermique. Aujourd'hui, ces moyens inventés dans la crainte du bistouri sont généralement abandonnés, c'est à l'ablation au bistouri qu'on s'adresse exclusivement.

L'ablation doit toujours être radicale.

Dans le cas qui nous occupe, l'ablation ne peut pas avoir de nombreuses contre-indications. Cependant si la généralisation était certaine, si des tumeurs du foie, du poumon étaient indiquées par des signes caractéristiques de leur présence, aucune opération ne devrait être tentée, elle serait nuisible, car elle donnerait un coup de fouet à l'évolution des tumeurs secondaires en affaiblissant le malade.

S'il n'existe pas de généralisation, mais si le malade

est cachectisé et très affaibli, devons-nous entreprendre l'opération ? Oui. A une condition, que le malade puisse encore tirer quelque profit de l'opération et que l'on soit absolument certain de mener l'opération à bonne fin sans une perte de sang bien considérable. L'affaiblissement, en effet, peut être la conséquence de l'ulcération et de la suppuration aussi bien que de l'empoisonnement sarcomateux. Dans ce cas, la cause de l'infection septicémique étant écarté par l'opération, l'état général du malade s'améliorera rapidement, notre malade en est un exemple frappant.

Si, cependant, la tumeur, de mobile était devenue immobile, par envahissement de la profondeur, devrions-nous encore tenter l'extirpation. Dans ces conditions, le chirurgien devrait procéder avec plus de circonspection, il lui sera impossible de connaître la limite de cet envahissement et, tel qui pense n'avoir à entamer que les muscles, sera obligé de réséquer des côtes et d'ouvrir parfois le péritoine ou la plèvre, s'il veut faire une opération complète. Sans nous dissimuler la gravité d'un tel acte opératoire, nous ne devons cependant pas hésiter à faire tous nos efforts pour débarrasser notre malade d'une lésion qui le condamne à mort, une ou plusieurs côtes, une certaine étendue de la plèvre, ont parfois été réséqués dans d'autres opérations sur le thorax, le péritoine enlevé en plateau, sans que pour cela le malade n'ait pu revenir à la guérison ; si l'on est persuadé de pouvoir refermer la plaie du ventre, ou combler la perte de substance thora-

cique, l'on doit entreprendre hardiment la cure, dans le cas contraire, l'on doit s'abstenir.

La tumeur une fois enlevée, il est quelquefois impossible de rapprocher les bords de la peau, il reste une large surface cruentée que la cicatrisation devra combler.

Cette éventualité s'observe surtout pour les sarcomes volumineux ulcérés. La lenteur et les difficultés d'une cicatrice en surface, les chances de répullulation et d'infection pendant la durée de la cicatrisation, la déformation consécutive du thorax avec scoliose, auraient pu être considérés autrefois comme une contrindication, aujourd'hui, par les greffes d'Ollier-Thiersch, cette contrindication est écartée.

Cependant, une question se pose.

A quel moment devons-nous appliquer ces greffes. Au moment de l'opération ? Nous ne le pensons pas. L'application des greffes de Thiersch, sur une large étendue, exige du temps, elle est à elle seule une opération et prolonge notablement l'intervention première. Elle complique et multiplie le traumatisme.

Leur adaptation sur une surface qui peut être anguleuse n'est pas toujours aisée.

En laissant bourgeonner la plaie, celle-ci se nivelle. De plus, le bourgeonnement de la plaie nous permettra de veiller à la récurrence et de l'éviter, un bourgeon exubérant peut être enlevé à la curette, un noyau latéral, sous-cutané, oublié, peut être excisé, et enfin, lorsqu'on aura

une plaie tapissée de bourgeons bien francs, bien vivants, on pourra recourir à la greffe, et le curettage de ces bourgeons pourra être considérée comme une seconde ablation, entraînant les dernières cellules prédisposées à déterminer une reproduction du néoplasme.

~~~~~

## CONCLUSIONS

---

I. — Les sarcomes de la paroi antérieure du tronc sont très rares, leur siège est habituellement cutané et sous-cutané, exceptionnellement nous le trouvons dans le muscle grand ou petit pectoral.

II. — Ils se distinguent des fibro-sarcomes de la paroi abdominale (Labbé, Gross), par leur saillie plus considérable, leur mobilité plus grande et leur tendance à la pédiculation.

III. — Ils se distinguent de l'ostéo-sarcome des côtes en ce que ce dernier est immobile, l'immobilité relative des sarcomes du grand et du petit pectoral disparaît dans le relâchement de ces muscles et sous l'anesthésie.

IV. — La récurrence du sarcome est pour ainsi dire fatale et une guérison dépassant même dix ans ne peut pas être considérée comme définitive.

V. — L'ablation la plus large possible est la règle et

n'est contre-indiquée que dans les cas de généralisation et dans les cas d'envahissement trop profonds nécessitant des délabrements incompatibles avec la vie. L'affaiblissement n'est pas une contre-indication, il peut être le résultat de la septicémie aussi souvent que de la cachexie sacromateuse.

VI. — Les surfaces cruentées trop étendues doivent être comblées par les greffes de Thiersch, appliquées par une seconde opération.

*Vu par le Président de thèse,*

Nancy, le 16 juillet 1894.

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 16 juillet 1894.

*Le Recteur,*

A. GASQUET.









